Department of Health

Three Capitol Hill
Providence, RI 02908-5097

TTY: 711
www.health.ri.gov

Muestra de un diálogo telefónico automatizado / Muestra de correo electrónico para escuelas:
Recordatorio de las clínicas de vacunación H1N1

Hola, esta es la escuela (**nombre de la escuela**) que llama para recordarle que nuestra clínica escolar de vacunación contra el H1N1 se llevará a cabo el día _____, _____ de _____ (**durante el día escolar** o **después de la escuela**) de las _____ a las _____. *Si es después de la escuela: le recomendamos que un adulto acompañe a su hijo a la clínica de vacunación.

Si desea que vacunen a su hijo en la clínica escolar, por favor firme, feche y devuelva el formulario de consentimiento para la vacunación H1N1 a (**la escuela**) tan pronto como sea posible. Su hijo no puede ser vacunado sin ese formulario de consentimiento. Si no recibió el formulario de consentimiento por correo, usted puede obtenerlo en el sitio de Internet del Departamento de Salud en la red, www.health.ri.gov. * Si es aplicable: también puede recoger un formulario de consentimiento y declaraciones de información sobre la vacuna en (**nombre de la escuela**).

Si su hijo no esta en la escuela a la día en que se ha programado la clínica de vacunación, entonces no será vacunado en el programa escolar y tendrá que esperar hasta que la vacuna esté disponible en los consultorios de los proveedores. Su hijo no puede ser vacunado en otra clínica escolar que no sea la que se ha programado para (**nombre de la escuela**).

Si tiene alguna pregunta sobre la clínica escolar de vacunación H1N1, por favor llame a (**nombre de la escuela**) al (**número de teléfono de la escuela**). Gracias.